

• 卫生管理 •

重庆市巴南区医防融合健康管理模式研究

胡君伟, 田智[△], 李如奎, 程杰, 梁睿, 朱瑛, 童学敏, 彭雪梅

(重庆市巴南区南泉街道社区卫生服务中心, 重庆 400056)

[摘要] 随着我国老龄化日趋严重, 慢性非传染性疾病成为社会主要的疾病负担, 而且群众对医疗服务的需求也在不断变化, 因此基层医疗卫生机构急需探索一条适合本地的“医防融合”健康管理模式。该中心以家庭医生签约服务为抓手, 依托重庆市医防融合“两部一馆一专区”改革模式, 有效整合了基本医疗与基本公共卫生服务流程和内容, 初步探索出一条有效且适合辖区群众健康需要的医防融合模式。

[关键词] 家庭医生; 签约服务; 慢病管理; 医防融合

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2024.21.035

中图法分类号: R197

文章编号: 1009-5519(2024)21-3774-04

文献标识码: C

据第七次全国人口普查公布结果显示, 我国人口总量达到 14.11 亿人。从 2022 年开始, 我国 60 岁及以上老年人口进入快速增长期, 2033 年 60 岁及以上老年人口占比将达 30%, 2050 年将接近 40%。2035 年后人口高龄化开始凸显, 80 岁及以上高龄老年人口规模将从 2020 年的 3 570 万增至 2035 年的 8 054 万, 其在总人口中的比重将从 2020 年的 2.5% 增加到 2035 年的 5.8%^[1]。基于以上数据显示, 我国人口老龄化日趋严重。慢性非传染性疾病(以下简称慢性病), 如高血压、糖尿病、心脑血管疾病等, 已经成为危害人民群众身体健康的主要疾病^[2]。有关研究表明, 2019 年我国因慢性病导致的死亡占总死亡的 88.5%, 心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病这四类重大慢性病导致的过早死亡率为 16.5%^[3-4]。随着居民人均预期寿命的不断增长及医疗技术的发展, 慢性病患者生存期不断延长, 人口老龄化日趋严重, 导致慢性非传染性疾病成为社会主要的疾病负担^[5-7]。人民群众对医疗服务的需求不仅仅是医疗救治, 更加需要疾病预防、早期干预和保健等服务。因此, 目前的医疗模式已不能满足群众日益增长的健康需求。

基层医疗卫生机构是我国医疗和公共卫生服务的基础, 承担着最广泛的基本医疗、预防保健和公共卫生工作^[8]。然而在大多数地区, 基本医疗与基本公共卫生服务仍是功能式、分段式的服务, 不能提供一体化的健康管理服务, 特别是对于慢性病的健康管理, “医”“防”不能有效融合, 会影响群众满意度和获

得感。

2018 年, 国家卫生健康委员会下发的《关于做好 2018 年家庭医生签约服务工作的通知》(国卫办基层函〔2018〕209 号)指出, 家庭医生团队要对接签约居民的服务需求, 提供医防融合、综合连续的医疗卫生服务。这标志着从国家顶层设计上将医防融合理念重点注入家庭医生签约服务工作中, 并将在基层卫生服务工作中发挥更重要的作用。同期, 重庆市卫生健康委员会印发了《关于开展“建立基层医疗卫生机构医防融合发展机制”试点工作的通知》(渝卫办发〔2018〕44 号), 从此正式拉开了在全市范围内试点开展医防融合工作的序幕^[9-10]。重庆市巴南区南泉街道社区卫生服务中心(重庆市巴南区第四人民医院, 以下简称南泉医院)作为巴南区医防融合工作试点单位之一, 以家庭医生签约服务为抓手, 并在 2022 年依托重庆市医防融合“两部一馆一专区”改革模式, 有效整合了基本医疗与基本公共卫生服务流程和内容, 初步探索出一条实质有效的适合辖区群众需要的医防融合模式。

1 构建医防融合管理模式

1.1 强化组织领导(管理融) 成立领导小组, 由南泉医院医疗、公共卫生分管领导任双组长, 全面推进医防融合工作, 统筹有关组织架构、绩效分配、流程设计等工作。同时, 将领导小组办公室设在党政办公室, 强化党建引领作用, 统筹各科室(团队)全面落实医防融合各项具体工作。

1.2 重设组织管理架构(队伍融) 将原有公共卫生

科、全科医学科、健康服务部的人员、职责、分工等进行有效整合,设置医防融合行政职能管理机构(公共卫生与健康管理和科)和主要业务机构(预防保健科、全科医学科),并进一步明确临床科室医防融合职能。公共卫生与健康管理和科负责医防融合、基本公共卫生服务项目、家庭医生签约等质量、数量和效果考核,常态化开展医防融合满意度测评,不断优化工作机制,确保医防融合模式稳定运行。全科医学科设全科诊室、“糖尿病”“高血压”专病门诊,以划片管理模式承担片区的家庭医生签约服务和老年人、高血压患者、糖尿病患者、严重精神障碍患者健康管理等基本公共卫生服务项目工作。预防保健科主要负责 0~6 岁儿童健康管理、预防接种、健康教育、卫生监督协管、传染病及突发公共卫生事件管理等基本公共卫生服务项目。预防保健科与儿科、妇产科组建妇幼健康部,专科医生全程介入 0~6 岁儿童、孕产妇健康管理,融合开展儿童个性化健康服务,提供家庭医生签约有偿服务包,从而提高儿童健康管理和孕产妇健康管理工作质量及群众满意度,促进妇产科、儿科等医疗市场竞争力进一步提升。

同时,以“1+1+X”模式建立以全科医生为主体的家庭医生团队,即以 1 名全科医生为主体,以公共卫生人员、护理人员为家庭医生助手,同时将中医师、专科医生、乡村医生等加入团队,共同组成团队。基本医疗、公共卫生和家庭医生签约服务等工作以“团队方式”开展。2023 年,全科医学科设立了 5 个片区制家庭医生团队,负责对辖区群众进行分片签约服务;临床科室组建了 8 个专科制家庭医生团队,以住院患者为主要签约服务对象,积极开展各项基本医疗和公共卫生服务工作,并负责将重点人群及时转介到全科医学科完成专案管理,并接受全科医学科团队转诊的危重症患者。

1.3 优化服务流程(服务融) (1)诊前融合。全科医学科、预防保健科前台分别设置家庭医生健康管理工作站、儿童保健管理工作站,将挂号、导诊、查询、提醒、健康咨询等服务职能与公共卫生功能(居民健康档案、一般人群体检、家庭医生签约)集合在一起,实施医防融合的第 1 步,实现信息数据共享、实时更新。(2)诊中融合。全科医学科设置健康体检服务工作站,开展重点人群体检、成人体检、健康档案管理、家庭医生签约服务等基本公共卫生项目工作,提供“一站式”服务。家庭医生工作室设置于各临床科室和全科医学科各诊室,提供基本医疗、家庭医生签约服务、

居民健康档案管理等基本公共卫生服务和针对性的健康指导。(3)诊后融合。就诊结束后,各科室家庭医生团队根据患者健康状况和用药情况,由家庭医生助手牵头负责诊后随访,了解患者诊疗效果、恢复状况、满意度等,同时预约复诊、健康指导等,做到闭环管理。

1.4 整合医防绩效(绩效融) 家庭医生团队绩效由医疗服务和公共卫生服务两部分构成。在指标设计上,签约居民在门诊、住院产生的一般诊疗费、床位费、护理费、出诊费等和公共卫生服务经费纳入绩效考核。公共卫生与健康管理和科牵头组织考核,将签约率、重点人群管理率、就诊率、居民健康档案管理率、满意度等纳入考核内容,以家庭医生团队为考核单位,进行绩效核算。团队对团队成员进行二次考核,进行绩效二次分配。

1.5 优化信息系统建设(信息融) 为充分实现内部信息共享,在配备有医院信息系统、电子病历系统、公共卫生服务(家庭医生签约)系统、预防接种系统等基础上,自配了智能体检系统、实验室信息管理系统、图像存档和传输系统等。目前,居民体检结果可自动写入公共卫生服务(家庭医生签约)系统,家庭医生可与居民、专科医生互动交流,医疗和公共卫生信息可互通调阅,而且绩效考核上实现了动态监测、抽查、数据统计等功能,初步实现信息融合。

2 医防融合工作成效

2.1 患者满意度提升 2022 年全面实施医防融合工作后,就诊患者或基本公共卫生服务对象在服务前置站完成一站式服务,有效缩短了患者就医时间,患者满意度大幅提升,尤其是 2023 年全院满意度较上一年提升了近 3%。见表 1。

表 1 2021—2023 年患者满意度

时间	临床科室(%)	医技科室(%)	公共卫生科(%)	全院(%)
2021 年	93.32	93.67	93.39	93.30
2022 年	94.44	94.41	94.38	94.43
2023 年	97.38	97.33	97.40	97.39

2.2 基本公共卫生服务数量提升 2022 年全面实施医防融合工作后,基本公共卫生服务数量及质量显著提高,2023 年基本公共卫生服务年终考核位列全区前 3 名,城乡老年人规范化管理和原发性高血压患者健康管理单项排名第 1。各项基本公共卫生服务数量显著提高(表 2~5)。尤其是,家庭个性化签约量大幅增加,群众新的健康需求得到满足。

2.3 基本医疗服务提升 2022 年全面实施医防融合工作后,除基本公共卫生服务数量及质量显著提高外,基本医疗服务也明显提升(表 6)。

表 2 2021—2023 年家庭医生签约服务情况

时间	全人群签约 服务量(人)	全人群签约率 (%)	重点人群签约 服务量(人)	重点人群 签约率(%)	个性化签约 服务量(人)	个性化签约 服务总费用(万元)
2021 年	9 894	15.40	5 569	41.08	231	34.14
2022 年	22 490	32.40	12 728	73.19	577	79.28
2023 年	23 525	33.64	14 688	77.30	1 453	208.98

表 3 2021—2023 年慢性病管理情况

时间	高血压管理 人数(人)	高血压规范 管理人数(人)	高血压规范 管理率(%)	高血压随访 人次(人次)	糖尿病管理 人数(人)	糖尿病规范 管理人数(人)	糖尿病规范 管理率(%)	糖尿病随访 人次(人次)
2021 年	4 278	2 567	60.00	13 689	1 590	954	60.00	5 262
2022 年	5 410	3 302	61.03	17 475	1 880	1 148	61.06	6 694
2023 年	5 631	3 975	70.60	21 901	2 065	1 456	70.50	8 199

表 4 2021—2023 年老年人健康管理情况

时间	健康管理人数(人)	健康管理率(%)
2021 年	5 982	67.27
2022 年	7 010	78.80
2023 年	7 340	77.85

2.4 品牌效益提升 自全面实施医防融合工作后,医防融合工作逐步取得成效,南泉医院于 2023 年 2 月承办巴南区医防融合现场交流会,于 2023 年 3 月

成功创建重庆市社区医院(重庆市首批),2023 年 12 月成功创建全国基层医疗卫生机构糖尿病规范化管理中心(二星门诊),2023 年底通过重庆市儿童保健规范化门诊(A 级)评审。

表 5 2021—2023 年居民健康档案情况

时间	规范化居民健康档案覆盖数(人)	覆盖率(%)
2021 年	4 750	69.65
2022 年	4 220	65.14
2023 年	6 543	89.42

表 6 2021—2023 年门急诊及住院情况

时间	门急诊人次 (人次)	住院人次 (人次)	高血压门诊 人次(人次)	糖尿病门诊 人次(人次)	高血压住院 人次(人次)	糖尿病住院 人次(人次)	在管高血压 患者就诊率 (%)	在管糖尿病 患者就诊率 (%)	就诊高血压 患者管理率 (%)	就诊糖尿病 患者管理率 (%)
2021 年	91 104	9 358	10 409	6 915	2 436	1 087	62.77	71.81	62.28	62.08
2022 年	87 129	9 622	13 677	8 200	2 500	1 267	66.14	75.86	76.48	72.67
2023 年	131 578	10 686	17 920	9 909	2 923	1 422	74.72	80.28	80.59	75.85

3 讨 论

3.1 成效分析 自 2022 年全面启动医防融合工作以来,南泉医院基本医疗和基本公共卫生服务效果显著提升,特别是慢性病患者管理率逐年提高,慢性病患者在就诊的同时能够得到更好的健康管理,得到家庭医生团队提供的运动、饮食等生活方式和用药指导,以及其他慢性疾病综合健康指导。有研究表明,仅有 60% 的城镇慢性病患者和 50% 的农村慢性病患

者到医院就诊,且城镇慢性病患者,特别是学历较高、年龄较轻的慢性病患者更倾向于选择较高医疗水平的综合医院或专科医院就诊^[11]。半数及以上的慢性病患者并不选择基层医疗机构就诊,甚至有部分患者确诊慢性病后更倾向于就近选择药房购买药物,少数患者更是较少监测血糖血压,只在症状明显或有严重并发症后才选择就医。医防融合工作全面开展后,南泉医院在管“高血压”“糖尿病”患者就诊率明显增高,

家庭医生团队管理下的慢性病患者,积极参与健康管理、分类干预、健康指导和健康宣教,这说明南泉辖区“高血压”“糖尿病”患者健康素养和科学就医意识提升明显。

由此可见,依托家庭医生签约服务载体,整合医院内部医疗资源,实现“医”“防”融合,一站式为慢性病患者、老年人等重点人群提供疾病诊治、体检、筛查、随访、健康指导等服务,可缓解候诊患者焦虑情绪,节省患者就医时间,提升基本医疗和基本公共卫生服务质量和数量,提高居民知晓率、满意度、获得感。这促进了医护人员角色转变,医生不再仅仅看病、开药,护士也不再仅仅护理患者,同时也是健康管理师。

3.2 问题和不足

3.2.1 融合程度不高 临床医生和护士长期致力于临床工作,基本公共卫生服务工作不熟练,且临床工作繁忙,用于综合健康管理的时间有限。因此,仍旧设有全科医学科,牵头负责医防融合具体业务工作。其他临床科室的家庭医生团队在诊疗过程中发现相应的慢性病患者后,会向全科家庭医生团队进行转介,不负责专案管理。这说明目前的融合程度尚不够,还需进一步探索。

3.2.2 信息化平台建设滞后 基本医疗和公共卫生信息平台仍是相对独立的,信息不能直接共享,一次服务需要登录不同的系统,医疗服务平台不能看到居民健康档案信息和基本公共卫生服务情况,公共卫生服务平台也不能采集就医记录,且不同医院也不能实现医疗、公共卫生全量信息互通。乡村医生或家庭医生进村入户服务时,仍旧采用原始的纸质记录,返回医院后再录入系统。这样不仅增加了工作量,还容易产生错误。“各自为战”“便捷程度不高”的信息系统,严重限制了医防融合的发展。

3.2.3 专业人才储备不足 基层医疗机构公共卫生医生总量有限,心理咨询师、注册营养师、健康管理师等专业人员更少。家庭医生团队主体成员是临床医生或护士,公共卫生等专业人员少,培训、考核、激励等工作机制有待进一步完善,导致团队成员对健康教育、慢性病管理、传染病防治等医防融合核心知识和技能储备不足,尚不能很好地满足居民日益增长的健康需求。

3.3 展望 南泉医院进行了有效的医防融合探索,全面实现医防融合还需要筹资激励、绩效考核、教育培训、信息系统建设和人才培养等方面的支持,以促

进需方预防性服务利用和健康行为改变,并对医院及家庭医生团队产生激励或约束^[12-14]。

3.3.1 加强顶层设计 完善法律法规、部门规章及政策性文件,完善公共卫生绩效分配和激励措施,落实分级诊疗,建立健全医防融合支持性环境,加强医务人员培训,增强融合服务意识,提高基层医疗卫生服务能力,激励医院工作人员主动参与医防融合服务。

3.3.2 加强经验推广 各级政府及部门应深入开展医防融合试点工作和经验推广。重庆“管理融、队伍融、服务融、绩效融、信息融”模式仍需更多基层医疗机构参与探索并完善。南泉医院将进一步扩大临床科室家庭医生团队服务职能,适度划分片区并落实管理责任,进一步提高居民签约服务率、满意度和获得感。

3.3.3 加强信息赋能 统一开发具有基本医疗、疾病预防、健康管理等功能的综合性信息平台,开发便携式、远程式、居家式健康医疗服务设备设施,促进医疗与公共卫生信息互联互通、服务延伸和机构协同,提高信息数据的准确率及真实性^[15-17]。

3.3.4 加强人才培养 加大公共卫生专业人才培养,完善基层医疗卫生机构人员配置标准和职称比例,建立医疗和公共卫生交叉培训机制,加大临床医生、护士医防融合业务培训力度,创造良好的人才环境。

3.3.5 加强绩效考核 建立更加合理的医防融合薪酬分配制度,提高医防融合绩效考核占比,将薪酬分配向医防融合服务核心岗位倾斜,加大服务效果考核力度,提高医务人员重视程度与积极性。

参考文献

- [1] 张翠玲,李月.基于第七次人口普查的中国中长期人口趋势预测[J].人口与健康,2023(7):15-17.
- [2] 黄奕强,陈敏敏,黄惠玲,等.惠州市惠阳区慢性非传染性疾病影响因素分析[J].慢性病学杂志,2023,24(6):821-826.
- [3] 陈舟,李慧,曾司琴,等.老年慢性疾病病人社会参与的研究进展[J].全科护理,2023,21(29):4081-4083.
- [4] 陈大方,马雨佳,肖翰,等.慢性非传染性疾病病因研究内容与方法的发展趋势[J].广西医科大学学报,2023,40(7):1079-1084.
- [5] 姜莹莹,毛凡,张伟伟,等.健康促进政策发展对中国慢性病防控工作启示[J].中国公共卫生,2022,38(3):381-384. (下转第 3780 页)

- [6] 陈志高, 屈伟. 35 例吡哌美辛栓不良反应的文献分析[J]. 中国新药杂志, 2018, 27(1): 115-118.
- [7] 宋创业, 孟艳林, 贾志芳, 等. 消炎痛栓致精神神经系统不良反应 1 例[J]. 中南药学, 2013, 11(2): 160.
- [8] 赵蕾, 盛东芹, 钟丽红, 等. 吡哌美辛栓致严重精神神经系统不良反应并抽搐 1 例[J]. 药品不良反应, 2020, 39(9): 554-555.
- [9] 王卉, 舒勤. 吡哌美辛栓不良反应二例分析[J]. 临床误诊误治, 2011, 24(4): 92.
- [10] 丁建文. 吡哌美辛栓联用双氯芬酸钠缓释胶囊致严重低血压 1 例[J]. 药物流行病学杂志, 2022, 31(8): 353-354.
- [11] 贾国法, 单红, 吴丽颖, 等. 胰管支架对伴有危险因素的患者发生 ERCP 术后胰腺炎的预防作用[J]. 胃肠病学, 2017, 22(9): 548-552.
- [12] 杨红旗, 洪丽莉, 郭艳芳, 等. 吡哌美辛栓纳肛降低高风险患者 ERCP 术后胰腺炎发生率的效果[J]. 武警医学, 2018(12): 1113-1116.
- [13] 沙志虎, 顾伟刚, 金杭斌, 等. 胰管支架联合吡哌美辛栓对困难胆管插管术后胰腺炎的预防作用分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2023(4): 302-307.
- [14] 李敏利, 汪志明, 刘炯, 等. 不同剂量吡哌美辛预防内镜逆行胰胆管造影术后胰腺炎的应用效果[J]. 医学研究生学报, 2020, 33(12): 1273-1277.
- [15] 孙东杰, 李达周, 李海涛. 不同剂量吡哌美辛术前给药预防 ERCP 术后胰腺炎的临床研究[J]. 华南国防医学杂志, 2019, (9): 599-602.
- [16] 黄帅, 梁珊珊. 吡哌美辛预防 ERCP 术后高淀粉酶血症及减轻疼痛程度的最佳给药时机[J]. 中华胰腺病杂志, 2020(3): 207-210.
- [17] 黎涛, 赵平, 汤国彬, 等. 吡哌美辛联合生长抑素对 ERCP 术后胰腺炎的预防作用[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19(18): 1533-1536.
- [18] 刘宇辉, 余中贵. 术前不同剂量吡哌美辛纳肛对 ERCP 术后胰腺炎发生率的影响及不良反应[J]. 北方药学, 2021, 18(5): 166-167.
- [19] 王春燕, 孙颖, 杨勇, 等. 吡哌美辛栓致精神行为异常 1 例及文献复习[J]. 药学监护, 2021, 30(22): 120-121.

(收稿日期: 2024-02-28 修回日期: 2024-07-28)

(上接第 3777 页)

- [6] 李玲, 杨渊, 殷环, 等. 我国慢性非传染性疾病流行态势研究[J]. 医学信息学杂志, 2019, 40(8): 15-19.
- [7] 胡民晔. 基层医疗卫生机构医防融合健康管理模式研究[J]. 科技风, 2021(27): 167-169.
- [8] 陈瑛. 江西省基层高血压与糖尿病医防融合服务效果评价研究[D]. 南昌: 南昌大学医学部, 2023.
- [9] 张华丽. 重庆市 J 区家庭医生制度下医防融合运行现状及优化建议[D]. 重庆: 西南大学, 2021.
- [10] 沈晓. 基于价值医疗的高血压慢性病医防融合模式效果评价研究[D]. 武汉: 华中科技大学, 2020.
- [11] 苏明阳, 祝贺. 不同年龄慢性病患者就诊地点选择影响因素的比较分析[J]. 现代预防医学, 2024, 51(5): 859-864.
- [12] 袁蓓蓓, 何平, 徐进, 等. 基层卫生服务医防融合: 概念框架及指标体系构建[J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15(9): 11-18.
- [13] 周云鸿. 基层慢病医防融合的探索[J]. 江苏卫生事业管理, 2017(4): 152-154.
- [14] 王显君, 唐智友, 杨文梅, 等. 基层医疗卫生机构医防“五融合”健康管理服务模式研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(31): 3924-3929.
- [15] 刘玉转, 高昭昇, 李翠. 基于全民健康信息平台的医防融合数据共享探索[J]. 中国卫生信息管理杂志, 2022, 19(4): 518-522.
- [16] 谈芳, 赖思宏, 陈静纯, 等. 医防融合视角下县域医共体全民健康信息平台应用分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2022(10): 720-725.
- [17] 曾庆胜, 张学武. 信息化支撑下的医防融合[J]. 中国数字医学, 2018, 13(2): 110-112.

(收稿日期: 2024-02-21 修回日期: 2024-07-16)